

Câncer do reto: a amputação abdominoperineal, quando a bolsa é definitiva

O músculo tomado pelo tumor, a operação pela barriga e pelo períneo, a ferida embaixo, a colostomia para a vida e o acompanhamento



Jardim do consultório.

1. Antes de começar
2. Quando o esfíncter não pode ficar
3. O tratamento antes da operação
4. A operação, em dois tempos
5. A ferida do períneo
6. Robótica, laparoscópica ou convencional
7. Preparo, internação e riscos
8. Bexiga e vida sexual
9. A vida com a colostomia
10. O acompanhamento
11. Sinais de alerta em três níveis
12. Quem cuida de quê, e o que ler em seguida



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Câncer do reto: a amputação abdominoperineal, quando a bolsa é definitiva

O músculo tomado pelo tumor, a operação pela barriga e pelo períneo, a ferida embaixo, a colostomia para a vida e o acompanhamento

Autor	Dr. Mateus Antunes Nogueira
Registro	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
Especialidade	Cirurgia do Aparelho Digestivo
Série	Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 1031
Edição	1ª edição
Ano	2026
Local	São Paulo, SP — Brasil
Idioma	Português (Brasil)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Este material foi escrito em linguagem acessível para ajudar você a entender o seu problema e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite decidir a melhor conduta. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.

Sumário

1. Antes de começar	5
1.1 Para quem é este guia	5
1.2 Como usar	5
2. Quando o esfíncter não pode ficar	7
2.1 O tumor junto ao músculo	7
2.2 O que o toque e a ressonância mostram	8
3. O tratamento antes da operação	9
3.1 Antes de operar	9
4. A operação, em dois tempos	11
4.1 Pela barriga	11
4.2 Por baixo	11
4.3 A colostomia definitiva	11
5. A ferida do períneo	13
5.1 Como ela fecha	13
5.2 O retalho e a tela	13
6. Robótica, laparoscópica ou convencional	15
6.1 O que muda entre as vias	15
7. Preparo, internação e riscos	17
7.1 O preparo e a internação	17
7.2 Os riscos, em números	17
8. Bexiga e vida sexual	19
8.1 O que pode mudar	19
9. A vida com a colostomia	21
9.1 A estomaterapeuta e a marcação	21
9.2 A bolsa no dia a dia	22
9.3 A irrigação, em parte das pessoas	24
9.4 O que muda e o que não muda	24
10. O acompanhamento	25
10.1 O calendário	25
11. Sinais de alerta em três níveis	27
11.1 Durante o tratamento e depois da operação	27
12. Quem cuida de quê, e o que ler em seguida	30

12.1 Quem cuida de quê	30
12.2 O que perguntar e o que ler depois	30
Glossário	32
Referências	35
Sobre o autor	37
Transparência e licenças	38

1. Antes de começar

Em uma frase

Para quem vai retirar o reto e o ânus e conviver com a colostomia.

1.1 Para quem é este guia

O tumor toma o músculo que segura as fezes, e a equipe avisou que a bolsa vai ser definitiva. Como é a operação? E a ferida embaixo? Como se vive com a colostomia?

Este guia explica a amputação abdominoperineal. O reto e o ânus saem juntos nessa operação. Com eles sai o esfíncter, o anel de músculo em volta do ânus. A ponta do intestino que fica passa a se abrir na pele da barriga, numa saída chamada estoma: é a colostomia, por onde as fezes vão para uma bolsa colada. O nome diz por onde a equipe trabalha, pela barriga e pelo períneo, a região entre as pernas onde fica o ânus. A decisão é tomada com você.

1.2 Como usar

A Tabela 1.1 aponta onde está cada pergunta.

Tabela 1.1 — Onde está cada assunto neste guia

Capítulo	O que ele responde
2. Quando o esfíncter não pode ficar	Por que o ânus precisa sair, e como os exames mostram isso?
3. O tratamento antes da operação	O que pode vir antes, e quando se pode vigiar?
4. A operação, em dois tempos	O que sai, por onde, e onde fica a colostomia?
5. A ferida do períneo	Como fecha a ferida embaixo, e o que pode atrapalhar?
6. Robótica, laparoscópica ou convencional	O que muda entre as três vias?
7. Preparo, internação e riscos	O que fazer antes, e o que pode dar errado?
8. Bexiga e vida sexual	O que pode mudar, e o que fazer?
9. A vida com a colostomia	Quem ensina, como é a bolsa e o que é a irrigação?
10. O acompanhamento	Quais consultas e exames vêm depois?
11. Sinais de alerta em três níveis	Quando é pronto-socorro?
12. Quem cuida de quê	Quem é quem na equipe, e qual guia ler depois?

Uma exceção vale desde já: a febre durante a quimioterapia pede pronto-socorro ou o 192, sem esperar. Os outros sinais urgentes estão no capítulo 11.

A geografia do tumor e do músculo abre o capítulo 2.

2. Quando o esfíncter não pode ficar

Em uma frase

Se o tumor toma o músculo ou fica colado nele, a emenda deixa de ser possível.

2.1 O tumor junto ao músculo

Nos casos do capítulo 1, o tumor está no fim do reto. O reto é o último trecho do intestino grosso; ali as fezes esperam a hora de sair. Embaixo dele, o canal anal é abraçado pelo esfíncter, que reúne dois músculos: um age sozinho, o outro obedece à vontade. A emenda exige cortar abaixo do tumor e ainda deixar o músculo que segura as fezes. Às vezes, não dá. Quando o tumor invade o esfíncter ou encosta nele, o reto e o ânus saem juntos, e a ponta do cólon vai para a pele da barriga, onde fica a colostomia definitiva. A Figura 2.1 mostra o tumor e o resultado da operação.

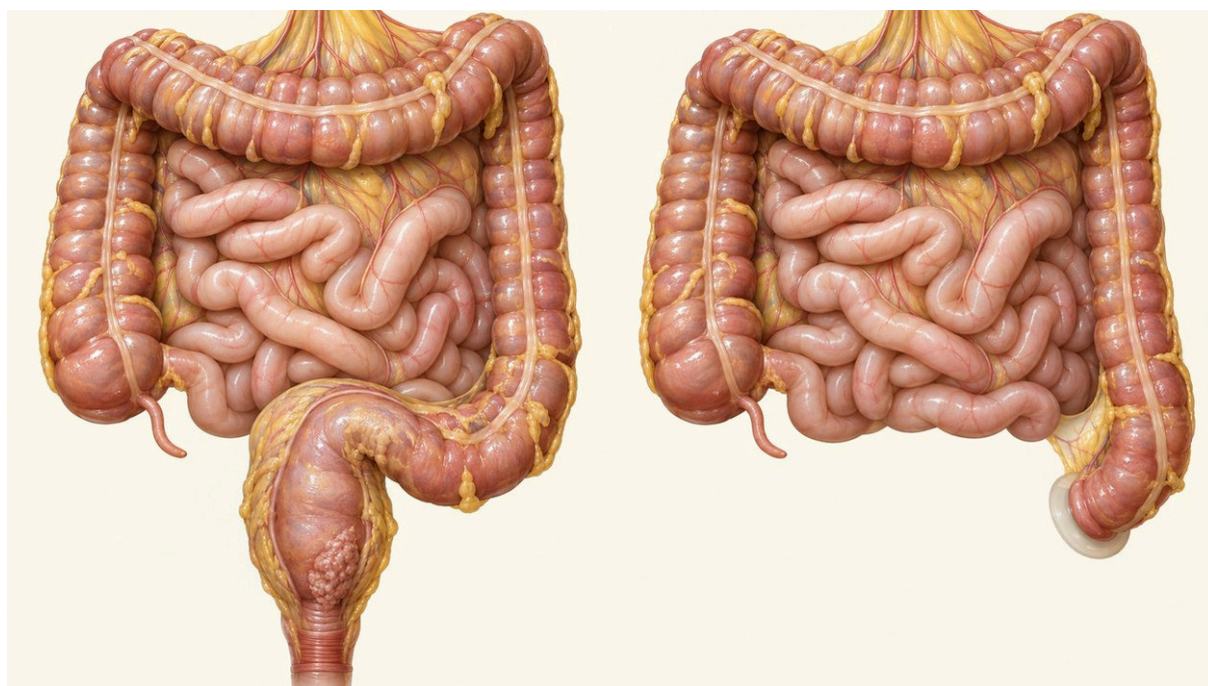


Figura 2.1. A amputação abdominoperineal, em vista de frente, com o lado direito do corpo à esquerda de quem olha. À esquerda, o tumor na parte mais baixa do reto, junto ao esfíncter; à direita, depois da operação, o reto e o ânus saíram, e a ponta do cólon foi levada à parede da barriga, representada pelo disco claro, onde fica a colostomia definitiva. As proporções não são reais.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

2.2 O que o toque e a ressonância mostram

São dois exames. No toque retal, o médico sente o tumor pelo ânus com o dedo de luva. A ressonância da bacia mostra a parede do reto em detalhe e desenha a distância até o músculo, além do plano por onde o corte vai passar.

O que os estudos mostram

Reservar a colostomia definitiva para quem precisa dela estava entre os ganhos descritos pelo MERCURY II (BATTERSBY et al., 2016). O estudo acompanhou 279 pessoas com tumor a até 6 centímetros da borda do ânus em vários hospitais entre 2008 e 2012. A leitura do plano de corte na ressonância feita antes da operação saiu validada. Com ela, a equipe escolheu quem recebia tratamento antes. Evitou excessos. Foi um estudo de observação. Ninguém foi sorteado.

Fonte: BATTERSBY et al., 2016

Se ainda sobra distância até o músculo, a operação pode preservar o esfíncter: é o abaixamento, assunto do guia Câncer do reto baixo: o abaixamento.

Pergunte ao seu médico

- Onde está o tumor em relação ao músculo, no toque e na ressonância?
 - O tratamento feito antes pode mudar essa medida?
-

O tratamento que pode vir primeiro ocupa o capítulo 3.

3. O tratamento antes da operação

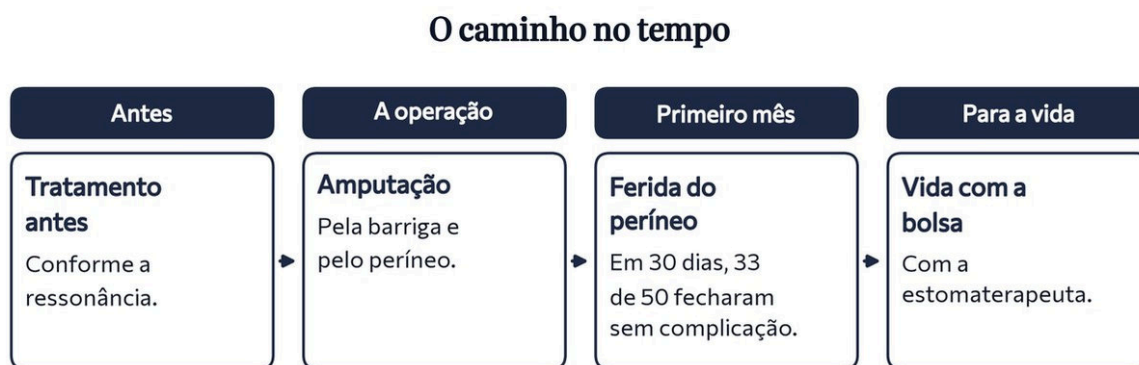
Em uma frase

Conforme a ressonância, o tratamento pode começar antes da operação.

3.1 Antes de operar

Com o esfíncter tomado, como no capítulo 2, a ressonância ainda decide o que vem primeiro. Conforme o que ela mostra, a equipe pode indicar radioterapia, quimioterapia ou as duas antes de operar; o porquê e o como estão no guia Químio e radio antes ou depois da cirurgia. Terminado esse tratamento, os exames são refeitos.

Há uma exceção. Em parte de quem responde por completo, em centros com protocolo, a equipe pode propor vigiar de perto em vez de operar. A Figura 3.1 mostra o caminho no tempo.



Vigiar no lugar de operar: só em parte de quem responde por completo, em centros com protocolo. As datas são da equipe.

Elaborado pelo autor a partir de BATTERSBY et al., 2016, GARCIA-AGUILAR et al., 2022, MUSTERS et al., 2017 e HSU et al., 2020.

Figura 3.1. O caminho no tempo, na ordem do texto: o tratamento antes, conforme a ressonância; a operação, pela barriga e pelo períneo; a cicatrização da ferida do períneo; e a vida com a bolsa. O número da ferida é o do fechamento direto, num ensaio com pessoas operadas pela forma extraelevadora depois de radioterapia. Vigiar no lugar de operar vale só para parte de quem responde por completo, em centros com protocolo. Quem marca as datas é a equipe.

Elaborado pelo autor a partir de (BATTERSBY et al., 2016), (GARCIA-AGUILAR et al., 2022), (MUSTERS et al., 2017) e (HSU et al., 2020)

O que os estudos mostram

Vigiar no lugar de operar foi testado num ensaio de fase 2 com 324 pessoas com câncer do reto em estágio II ou III (GARCIA-AGUILAR et al., 2022). Todas fizeram quatro meses de quimioterapia e a radioterapia antes; depois, conforme a resposta, seguiram para a retirada do reto ou para a vigilância. Três anos depois, a sobrevida sem essa retirada era de 41 em cada 100 num grupo. No outro, que fez as etapas em outra ordem, era de 53 em cada 100. Vale só para parte das pessoas. E só em centros com protocolo.

Fonte: GARCIA-AGUILAR et al., 2022

Pergunte ao seu médico

- No meu caso, o tratamento vem antes da operação?
 - Se o tumor responder por completo, vigiar é uma opção?
-

Como a operação é feita, em dois tempos, mostra o capítulo 4.

4. A operação, em dois tempos

Em uma frase

A operação trabalha por cima, pela barriga, e por baixo, pelo períneo.

4.1 Pela barriga

Concluído o tratamento, quando ele vem antes, a operação começa pela barriga.

O cirurgião solta o reto dentro do envelope de gordura que o cerca, o mesorreto, onde ficam os vasos e os gânglios dele, sem romper a película fina que o fecha. É a excisão total do mesorreto, a TME. O princípio é o mesmo das operações que preservam o esfíncter.

O que os estudos mostram

Tirar o mesorreto inteiro, junto com o câncer, foi a prioridade de uma série de sete anos e meio num hospital distrital, publicada em 1986 (HEALD; RYALL, 1986). Com as emendas feitas mais baixo, a amputação com colostomia definitiva ficou em 11 de cada 100 pessoas da série.

Fonte: HEALD; RYALL, 1986

4.2 Por baixo

Depois vem o períneo. Por ali saem o ânus e o esfíncter, presos ao reto, numa peça só. O nome da operação junta os dois caminhos. A palavra amputação diz que o fim do intestino sai inteiro, com o músculo; ela também é conhecida como cirurgia de Miles. Em parte das pessoas, o corte por baixo passa por fora do músculo elevador do ânus, que sai junto. Esse músculo faz parte do assoalho da bacia. A forma se chama amputação extraelevadora. Quem escolhe é a equipe.

4.3 A colostomia definitiva

A ponta do cólon que fica é levada até a pele da barriga, do lado esquerdo, e costurada ali: é a colostomia definitiva, mostrada na Figura 4.1 com o trecho que sai.

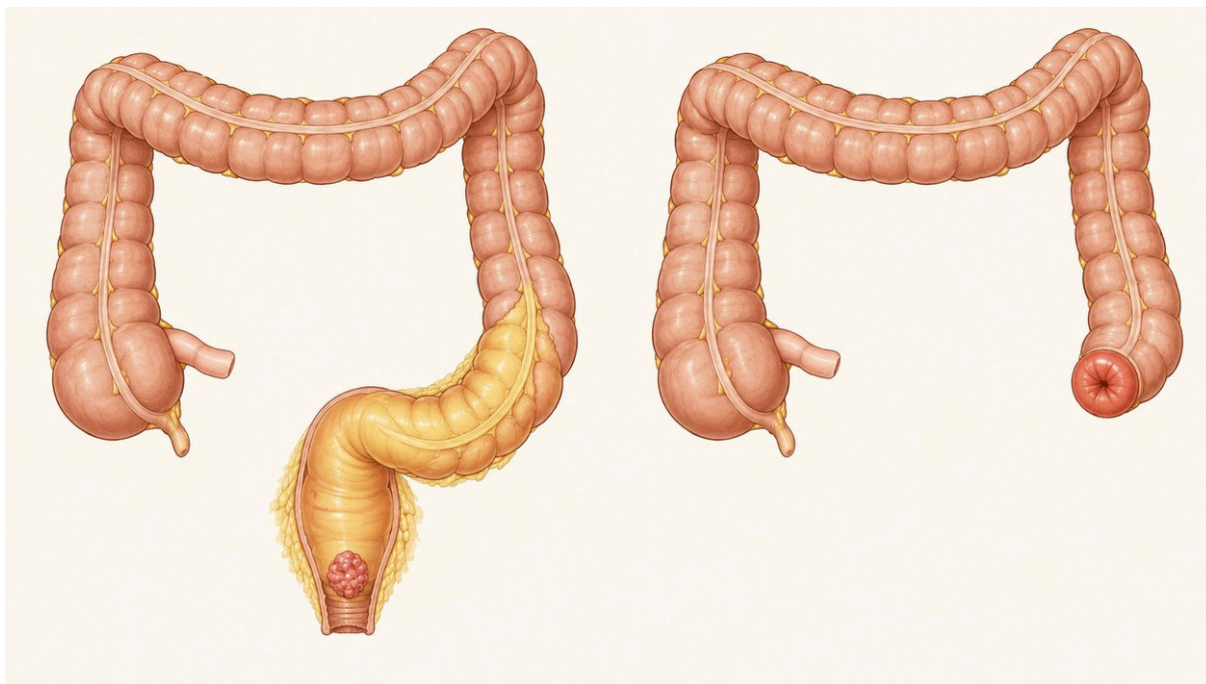


Figura 4.1. O intestino grosso visto de frente: à esquerda, o tumor no fim do reto e, em dourado, o trecho que sai na operação; à direita, sem esse trecho, o cólon termina na colostomia, à direita de quem olha.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

Como viver com ela, contam o capítulo 9 e o guia Vou fazer um estoma.

Pergunte ao seu médico

- A minha operação vai ser a forma comum ou a extraelevadora?
 - Onde vai ficar a colostomia, e quem marca o lugar?
-

A ferida que fica embaixo é o tema do capítulo 5.

5. A ferida do períneo

Em uma frase

Onde ficava o ânus, a pele é fechada, e a cicatrização pede tempo e atenção.

5.1 Como ela fecha

O segundo tempo do capítulo 4 deixa uma ferida no períneo. A pele é costurada onde ficava o ânus. No fundo fica o espaço que o reto ocupava. Essa ferida pode infeccionar ou abrir. Às vezes, demora a fechar.

Num ensaio por sorteio com pessoas operadas pela forma extraelevadora depois de radioterapia, a ferida não tinha fechado sem complicação um mês depois em 17 de 50 com o fechamento direto. O Gráfico 5.1 traz esse ensaio em números.

A ferida do períneo, em números

Em cada 100 pessoas operadas pela forma extraelevadora, depois de radioterapia.

Ferida fechada sem complicação em 30 dias

Fechamento direto		66 em cada 100 (33 de 50)
Tela biológica		63 em cada 100 (30 de 48)

Livres de hérnia do períneo em 1 ano

Fechamento direto		73 em cada 100
Tela biológica		87 em cada 100

Ensaio por sorteio com 104 pessoas. Na ferida, a diferença não passou do acaso; a da hérnia é achado secundário, que pede mais tempo.

Elaborado pelo autor a partir de MUSTERS et al., 2017.

Gráfico 5.1. A ferida do períneo em cada 100 pessoas, conforme o jeito de fechar, num ensaio por sorteio com 104 pessoas operadas pela forma extraelevadora depois de radioterapia. A hérnia em um ano é um achado secundário, que pede mais tempo de acompanhamento.

Elaborado pelo autor a partir de (MUSTERS et al., 2017)

5.2 O retalho e a tela

Em parte das pessoas, a equipe fecha o espaço com um retalho, um pedaço de músculo com a pele por cima trazido de perto, ou com uma tela biológica, feita de pele de porco tratada. Os estudos ainda não fecham a questão.

O que os estudos mostram

A tela foi testada contra o fechamento direto em 104 pessoas sorteadas, todas operadas pela forma extraelevadora depois de radioterapia (MUSTERS et al., 2017). Com a tela, 30 de 48 tiveram a ferida fechada sem complicação em 30 dias; com o fechamento direto, 33 de 50, diferença que não passou do acaso. Um ano depois, 87 de cada 100 estavam livres da hérnia do períneo com a tela, contra 73 com o fechamento direto. Os autores pedem mais tempo de acompanhamento antes de dar peso a esse achado secundário.

Retalho e fechamento direto trocaram vantagens. Foi o que mostrou uma metanálise de 18 estudos, com 17.913 pessoas operadas por amputação por doença do cólon ou do reto (YANG et al., 2019). A infecção da ferida foi mais comum com o fechamento direto, e a profunda, com o retalho. O retalho se associou a mais volta à sala de cirurgia e a mais ferida que se abre, além de alongar a operação; o fechamento direto, a mais complicações da ferida no total. Numa outra metanálise, com 38 estudos e mais de 5.000 pessoas operadas de câncer do reto, as complicações da ferida não diferiram entre a forma comum e a extraelevadora (KÁVÁSI et al., 2026).

Fonte: MUSTERS et al., 2017; YANG et al., 2019; KÁVÁSI et al., 2026

O cuidado com a ferida em casa segue a orientação da equipe. Vermelhidão, calor ou secreção no corte pedem contato no mesmo dia, como lista o capítulo 11.

Pergunte ao seu médico

- Como vai ser fechada a ferida do períneo no meu caso?
 - Quem olha a cicatrização depois da alta?
-

Por onde a equipe chega à bacia, o capítulo 6 conta.

6. Robótica, laparoscópica ou convencional

Em uma frase

As três vias fazem a mesma operação, e cada uma tem um contra.

6.1 O que muda entre as vias

O tempo por baixo, que deixa a ferida do capítulo 5, é feito pelo períneo. Na barriga, há três vias. Dentro da bacia, os passos são os mesmos nas três.

Na robótica, o cirurgião comanda de um console braços articulados que entram por pequenas incisões. Pelas mesmas incisões trabalha a laparoscópica, com câmera e pinças longas. A convencional usa uma incisão mais longa. A Tabela 6.1 põe lado a lado o que cada via oferece e o que pesa contra ela, com os números dos estudos que compararam as vias na cirurgia do reto e na amputação.

Tabela 6.1 — As três vias, com o contra de cada uma

Via	O que oferece	O contra
Robótica	Pequenas incisões; visão em três dimensões e pinças que dobram dentro da bacia	No ensaio que a comparou à laparoscópica, com amputações entre as operações, não reduziu de modo significativo a passagem à via convencional, sem diferença significativa na bexiga e na vida sexual
Laparoscópica	Pequenas incisões, com câmera e instrumentos longos; na amputação, as vias por pequenas incisões tiveram menos sangue perdido e operação mais curta	Nos mesmos estudos da amputação, as vias por pequenas incisões andaram junto com mais hérnia do períneo
Convencional	Tato direto; menos hérnia do períneo nos estudos da amputação	Mais sangue perdido e operação mais longa; sem diferença significativa na internação

Fonte: ensaio por sorteio com 471 pessoas operadas de câncer do reto, robótica contra laparoscópica (JAYNE et al., 2017); quatro estudos de observação com 763 pessoas operadas por amputação, vias por pequenas incisões contra convencional (YOKOYAMA et al., 2026). A equipe orienta a escolha.

A escolha depende do caso e da experiência da equipe; a plataforma robótica tem guia próprio, Cirurgia robótica do aparelho digestivo, que explica como ela funciona.

Pergunte ao seu médico

- Qual via vocês pretendem usar, e o que faria mudar no meio da operação?
-

Antes do dia marcado vem o preparo, tema do capítulo 7.

7. Preparo, internação e riscos

Em uma frase

Cada risco tem um número, e cada número vem de um grupo de pessoas.

7.1 O preparo e a internação

A via, assunto do capítulo 6, entra no planejamento junto com o preparo. A equipe revê os remédios de uso contínuo e diz quais suspender, e quando; nada se suspende por conta própria.

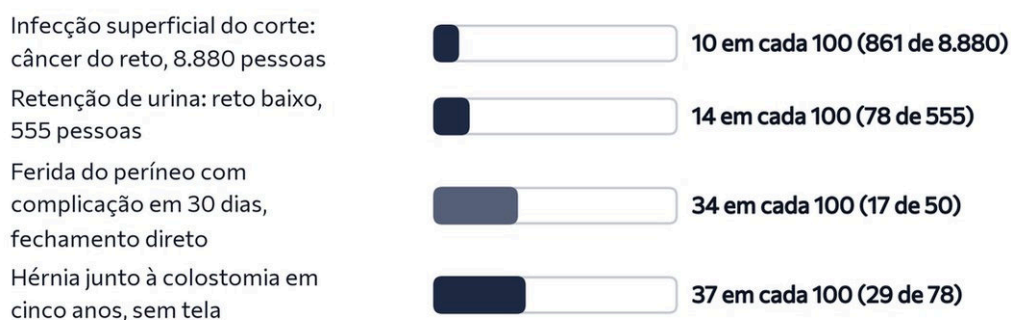
Antes da operação, a enfermeira estomaterapeuta marca na pele o lugar da colostomia, como conta o capítulo 9. Quantos dias você fica no hospital? A equipe estima. A alta costuma vir quando você anda pelo corredor, come, tem a dor controlada por remédio de boca e já maneja a bolsa com alguma autonomia.

7.2 Os riscos, em números

O Gráfico 7.1 reúne quatro riscos, cada um medido no grupo em que foi estudado. Os grupos são diferentes. Os números não se somam, e a sua estimativa sai da consulta.

Quatro riscos, em números

Em cada 100 pessoas, no grupo em que foi medido



Grupos diferentes: os números não se somam. A sua estimativa sai da consulta.

Elaborado pelo autor a partir de SUTTON et al., 2017, LEE et al., 2022, MUSTERS et al., 2017 e BRANDSMA et al., 2023.

Gráfico 7.1. Quatro riscos, em cada 100 pessoas, cada um no grupo em que foi medido: a infecção superficial do corte, a retenção de urina, a ferida do períneo com complicação em 30 dias, com o fechamento direto, num ensaio com pessoas operadas pela forma extraelevadora depois de radioterapia, e a hérnia junto à colostomia em cinco anos, sem tela. A sua estimativa sai da consulta.

Elaborado pelo autor a partir de (SUTTON et al., 2017), (LEE et al., 2022), (MUSTERS et al., 2017) e (BRANDSMA et al., 2023)

O que os estudos mostram

Num banco de dados americano com 8.880 pessoas operadas de câncer do reto de forma programada, o corte infeccionou na superfície em 861 (SUTTON et al., 2017). Mais da metade dessas infecções apareceu depois da alta. A amputação andou junto com essa infecção. Entre 555 pessoas operadas de câncer do reto baixo, 78 não conseguiram esvaziar a bexiga depois da retirada da sonda (LEE et al., 2022). A amputação não pesou nisso. A hérnia junto à colostomia foi medida num ensaio com 150 pessoas que receberam colostomia definitiva, sorteadas entre reforçar a parede com uma tela ou não (BRANDSMA et al., 2023). Ela apareceu em 29 das 78 pessoas sem tela e em 20 das 72 com tela, num acompanhamento de cinco anos em mediana. A diferença não passou do acaso.

Fonte: SUTTON et al., 2017; LEE et al., 2022; BRANDSMA et al., 2023

Pergunte ao seu médico

- Quais remédios devo suspender, e quando?
 - Quais desses riscos pesam mais no meu caso?
-

Os nervos da bacia são o assunto do capítulo 8.

8. Bexiga e vida sexual

Em uma frase

Os nervos que comandam a bexiga e a vida sexual passam junto ao reto.

8.1 O que pode mudar

Entre os riscos do capítulo 7, faltou um grupo que se mede por questionário. A operação passa junto desses nervos. Pode feri-los.

Na bexiga, as queixas andaram junto com o dano aos nervos durante a operação, e a radioterapia ficou de fora dessa conta. Na vida sexual, ela pesou. O Gráfico 8.1 mostra quantas pessoas relataram cada queixa.

Bexiga e vida sexual depois do tratamento

Em cada 100 pessoas que responderam aos questionários de um ensaio.

Bexiga, entre 785 pessoas



Vida sexual, entre quem respondeu



Ensaio que sorteou a radioterapia antes da TME. A dificuldade para esvaziar andou junto com o dano aos nervos; a piora sexual andou junto com a radioterapia, nos homens e nas mulheres, e com o dano aos nervos nos homens.

Elaborado pelo autor a partir de LANGE et al., 2008 e LANGE et al., 2009.

Gráfico 8.1. Queixas da bexiga e da vida sexual depois do tratamento, em cada 100 pessoas que responderam aos questionários de duas análises de pessoas sorteadas entre a TME com e sem radioterapia antes.

Elaborado pelo autor a partir de (LANGE et al., 2008) e (LANGE et al., 2009)

O que os estudos mostram

As duas análises vêm de um ensaio que sorteou a radioterapia antes da TME, e as pessoas responderam a questionários antes da operação e em várias datas depois dela. Sobre a bexiga, foram 785 pessoas, ao longo de cinco anos (LANGE et al., 2008). O escape de urina a longo prazo chegou a 38 de cada 100. A dificuldade para esvaziar, a 31. Na vida sexual, piorou a ereção em 80 de cada 100 homens, e a dor na relação aumentou em 59 de cada 100 mulheres (LANGE et al., 2009). Nos dois sexos, a piora andou junto com a radioterapia e com a presença de um estoma. Os autores recomendam explicar isso antes da operação.

Fonte: LANGE et al., 2008; LANGE et al., 2009

Leve a queixa à consulta assim que ela aparecer. A equipe avalia e, quando cabe, encaminha.

Pergunte ao seu médico

- O que pode mudar na minha bexiga e na minha vida sexual?
 - A quem eu procuro se a queixa aparecer?
-

A vida com a colostomia vem no capítulo 9.

9. A vida com a colostomia

Em uma frase

A estomaterapeuta ensina a usar a bolsa antes de você precisar dela.

9.1 A estomaterapeuta e a marcação

A vida sexual do capítulo 8 é uma das conversas que cabem na consulta de estomaterapia. A estomaterapeuta é a profissional de enfermagem que cuida de estomas.

Antes da operação, ela marca na sua pele o lugar da colostomia. Na mesma consulta, mostra a bolsa e a placa adesiva, que cola na pele. A Figura 9.1 mostra essa conversa. A Figura 9.2 lista o que a marcação procura, e um dos itens lembra que quem cuida do estoma é você.



Figura 9.1. Na consulta, a enfermeira estomaterapeuta mostra a bolsa de colostomia; sobre a mesa, outras bolsas e as placas adesivas.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

O que a marcação do local procura

Item por item.

1 **Pele plana**

Um trecho liso ao redor do ponto, do tamanho da placa adesiva.

2 **Longe das dobras**

Fora de cicatrizes antigas, da linha do cinto e dos ossos do quadril.

3 **Testado sentado**

Dobras que somem deitado aparecem quando você se senta ou se curva.

4 **À vista**

Um ponto que você enxergue sem espelho, porque quem cuida é você.

5 **Sobre o músculo**

Em geral sobre o músculo reto do abdome, ao lado do umbigo.

6 **Marcado na pele**

Com caneta própria, para o cirurgião encontrar na hora de operar.

Elaborado pelo autor.

Figura 9.2. O que a marcação do local procura, item por item. A marca é feita na pele antes da operação e serve de guia para o cirurgião.

Elaborado pelo autor

O que os estudos mostram

Marcar o local antes andou junto com menos complicações nos estomas de fezes, entre elas a hérnia e o problema de pele em volta, segundo uma metanálise que somou dez estudos e 2.109 pessoas (HSU et al., 2020). É uma associação.

Fonte: HSU et al., 2020

9.2 A bolsa no dia a dia

A colostomia leva algum tempo para funcionar e costuma começar com gases. No começo, a enfermagem cuida da bolsa. Depois, com treino, você aprende a esvaziar e a trocar, primeiro com ajuda. Com colostomia, há quem prefira a bolsa fechada, trocada inteira; a estomaterapeuta ajuda a escolher o equipamento que assenta bem na sua pele. A Figura 9.3 resume a troca em seis passos, e a Tabela 9.4 junta os cuidados em ordem prática.

A troca da bolsa em seis passos

Na ordem em que costumam ser feitos.

- | | |
|--|---|
| 1 1. Separar o material
Placa, bolsa, saco para descarte e papel macio, antes de começar. | 2 2. Esvaziar e descolar
Com calma, apoiando a pele com a outra mão. |
| 3 3. Limpar e secar
Só água; secar sem esfregar. Nada oleoso. | 4 4. Olhar
Cor e tamanho do estoma; pele vermelha, úmida ou ferida. |
| 5 5. Recortar
A placa no tamanho medido do estoma, justa sem apertar. | 6 6. Colar
Sem dobras, conferindo a vedação ao redor. |

Elaborado pelo autor.

Figura 9.3. A troca da bolsa em seis passos. A sequência ensinada pela sua estomaterapeuta prevalece sobre este resumo.

Elaborado pelo autor

Tabela 9.4 – Cuidados com a bolsa, em ordem prática

Quando	O que fazer
Esvaziar	Quando a bolsa estiver com cerca de um terço do volume, sem esperar encher
Trocar a placa	No intervalo combinado com a estomaterapeuta, ou antes se houver descolamento ou ardência
Medir o estoma	Nas primeiras semanas o estoma reduz de tamanho; refazer a medida do recorte a cada troca
Cuidar da pele	Limpar com água, secar sem esfregar, evitar produtos oleosos que impeçam a colagem
Pedir ajuda	Pele ferida ou bolsa que descola repetidamente: fale com a estomaterapeuta

Fonte: orientação de cuidado dos guias Câncer de reto e Vou fazer um estoma, ajustada caso a caso pela estomaterapeuta.

9.3 A irrigação, em parte das pessoas

O que os estudos mostram

Quem tem colostomia definitiva no lado esquerdo do cólon, no descendente ou no sigmoide, pode aprender a lavar o intestino com água pela própria colostomia, em horário regular: é a irrigação. Parte das pessoas conseguiu reduzir o uso da bolsa, ou até deixar de usá-la o tempo todo, e o intestino passou a se esvaziar menos vezes, segundo o resumo de uma revisão publicada numa revista de enfermagem de estomas (KENT et al., 2015).

Fonte: KENT et al., 2015

Vale para parte das pessoas, e quem indica e ensina é a estomaterapeuta.

9.4 O que muda e o que não muda

O que os estudos mostram

A colostomia pesa na qualidade de vida? Uma revisão Cochrane juntou 35 estudos de observação, com 5.127 pessoas operadas de câncer do reto, com e sem colostomia definitiva, e, para os autores, os dados não permitem uma conclusão firme (PACHLER; WILLE-JØRGENSEN, 2012).

Em 14 deles, quem ficou com a colostomia não teve qualidade de vida pior. Nos demais houve diferença. A vantagem de quem ficou sem bolsa apareceu só em parte deles.

Fonte: PACHLER; WILLE-JØRGENSEN, 2012

Roupa, banho, comida, trabalho, viagem e intimidade estão no guia Vou fazer um estoma, com os direitos de quem vive com estoma no Brasil.

Pergunte ao seu médico

- Quando vou conversar com a estomaterapeuta, e quem me acompanha depois da alta?
 - A irrigação serve para o meu caso?
-

As consultas que vêm depois formam o capítulo 10.

10. O acompanhamento

Em uma frase

Depois da operação, consultas e exames seguem um calendário por anos.

10.1 O calendário

Ao lado dos cuidados com a colostomia do capítulo 9, corre o calendário do acompanhamento.

Ele vem de uma diretriz de Ontário, no Canadá, que a sociedade americana de oncologia clínica endossou. Consulta e exame do CEA, uma substância do sangue que pode subir com o câncer, vêm a cada três a seis meses, por cinco anos. A tomografia do tórax e do abdome é anual nos três primeiros. Um ano depois da operação, faz-se a colonoscopia. Quando outras doenças graves impedem uma nova operação ou o tratamento com remédios, os exames de vigilância ficam de fora. A Figura 10.1 põe esse calendário no papel. Conforme o risco, o ritmo muda. Quem define é a equipe.

O calendário do acompanhamento

Para quem foi operado para retirar toda a doença, nos cinco anos seguintes, como numa diretriz canadense adotada pela sociedade americana de oncologia.

a cada 3 a 6 meses, por 5 anos	uma vez por ano, nos 3 primeiros anos	1 ano depois da operação	depois, a cada 5 anos
Consulta e CEA O intervalo mais curto para quem tem risco maior.	Tomografia Do tórax e do abdome, na maior parte dos casos.	Colonoscopia A primeira do acompanhamento.	Colonoscopia O ritmo depende do que a anterior mostrou.

A equipe ajusta o ritmo ao risco de cada pessoa.

Elaborado pelo autor a partir de MEYERHARDT et al., 2013.

Figura 10.1. O calendário do acompanhamento nos cinco anos depois da cirurgia que retirou toda a doença, numa diretriz adotada pela sociedade americana de oncologia. Conforme o risco de cada pessoa, a equipe define o ritmo.

Elaborado pelo autor a partir de (MEYERHARDT et al., 2013)

O que os estudos mostram

Nos primeiros dois a quatro anos, a vigilância pesa mais, e o ritmo dela depende de duas coisas que mudam de pessoa para pessoa: a chance de a doença voltar e a condição física de cada um (MEYERHARDT et al., 2013).

Fonte: MEYERHARDT et al., 2013

Pergunte ao seu médico

- Qual é o meu calendário, e quem pede os exames?
-

Entre uma consulta e outra, valem os sinais do capítulo 11.

11. Sinais de alerta em três níveis

Em uma frase

Três níveis separam o que pede pronto-socorro do que cabe na próxima consulta.

11.1 Durante o tratamento e depois da operação

Fora das datas do acompanhamento, alguns sinais não esperam.

Na quimioterapia, a febre entra no primeiro nível. As defesas do sangue podem estar baixas, e o antibiótico tem prazo curto. A ferida do períneo também aparece na lista. Vermelhidão, calor ou secreção no corte pedem conversa com a equipe no mesmo dia. Na dúvida entre dois níveis, fique com o mais urgente. A Figura 11.1 traz o primeiro nível, e a lista completa vem logo depois dela; a Figura 11.2 repete os outros dois.

Emergência agora — pronto-socorro ou 192	
● Dor forte e contínua na barriga, que ficou dura.	● Depois da operação, dor na barriga forte, que aumenta em vez de diminuir.
● Sangramento vivo e abundante pelo ânus ou pelo estoma.	● Vômito com sangue ou fezes pretas.
● Parar de eliminar gases e fezes, com a barriga inchada e vômitos.	● Febre durante a quimioterapia, sobretudo com calafrio ou mal-estar.
● Febre alta com calafrio, confusão mental ou sonolência.	● Falta de ar súbita, dor no peito ou desmaio.
● Vômito ou diarreia que impedem de beber líquido, com tontura ao levantar.	● Com ileostomia, tontura que não passa ao deitar, ou vômitos que impedem de beber enquanto a bolsa continua enchendo.
● Estoma que ficou preto.	● Volume ao lado do estoma que endureceu e dói, com a bolsa parada.

Elaborado pelo autor.

Figura 11.1. O primeiro nível dos sinais de alerta, o que pede pronto-socorro ou o 192, durante o tratamento e depois da operação. Vale o que você combinou com a sua equipe; a lista orienta.

Elaborado pelo autor

Emergência agora — pronto-socorro ou 192:

- Dor forte e contínua na barriga, que ficou dura.
- Depois da operação, dor na barriga forte, que aumenta em vez de diminuir.
- Sangramento vivo e abundante pelo ânus ou pelo estoma.
- Vômito com sangue ou fezes pretas.
- Parar de eliminar gases e fezes, com a barriga inchada e vômitos.
- Febre durante a quimioterapia, sobretudo com calafrio ou mal-estar.
- Febre alta com calafrio, confusão mental ou sonolência.
- Falta de ar súbita, dor no peito ou desmaio.
- Vômito ou diarreia que impedem de beber líquido, com tontura ao levantar.
- Com ileostomia, tontura que não passa ao deitar, ou vômitos que impedem de beber enquanto a bolsa continua enchendo.
- Estoma que ficou preto.
- Volume ao lado do estoma que endureceu e dói, com a bolsa parada.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje:

- Febre acima de 38 graus, fora da quimioterapia e sem outro sinal grave.
- Vermelhidão, calor ou secreção no corte.
- Diarreia que não cede com a orientação recebida.
- Saída muito líquida e frequente pela ileostomia, com sede, boca seca ou pouca urina.
- Dor ou inchaço numa das panturrilhas.
- Sangue nas fezes em quantidade que aumenta a cada evacuação.
- Dor no ânus ou na bacia que não cede com analgésico comum.
- Estoma que escureceu ou ficou arroxeadado.

Na próxima consulta — anote e leve:

- Dormência ou formigamento nas mãos e nos pés.
- Cansaço que atrapalha a rotina.
- Evacuações mais frequentes do que o esperado, ou escape à noite.
- Dúvidas sobre os remédios de uso contínuo.

No mesmo dia – fale com a equipe hoje	Na próxima consulta – anote e leve
● Febre acima de 38 graus, fora da quimioterapia e sem outro sinal grave. ● Vermelhidão, calor ou secreção no corte. ● Diarreia que não cede com a orientação recebida. ● Saída muito líquida e frequente pela ileostomia, com sede, boca seca ou pouca urina. ● Dor ou inchaço numa das panturrilhas. ● Sangue nas fezes em quantidade que aumenta a cada evacuação. ● Dor no ânus ou na bacia que não cede com analgésico comum. ● Estoma que escureceu ou ficou arroxeado.	● Dormência ou formigamento nas mãos e nos pés. ● Cansaço que atrapalha a rotina. ● Evacuações mais frequentes do que o esperado, ou escape à noite. ● Dúvidas sobre os remédios de uso contínuo.

Elaborado pelo autor.

Figura 11.2. O segundo e o terceiro níveis: a conversa com a equipe no mesmo dia e o que anotar para a próxima consulta.

Elaborado pelo autor

O que os estudos mostram

A diretriz americana de 2018 para adultos em tratamento de câncer conta o tempo desde a triagem no pronto-socorro: com febre e defesas baixas, o primeiro antibiótico deve vir em até uma hora (TAPLITZ et al., 2018).

Fonte: TAPLITZ et al., 2018

Pergunte ao seu médico

- Com que temperatura, durante a quimioterapia, devo ir ao pronto-socorro?
- Para quem eu ligo no mesmo dia?

Quem atende cada sinal está no capítulo 12.

12. Quem cuida de quê, e o que ler em seguida

Em uma frase

O tratamento passa por várias mãos, e elas conversam entre si.

12.1 Quem cuida de quê

Diante de um sinal de alerta do capítulo 11, saber a quem ligar poupa tempo. Cada um tem a sua parte. O cirurgião do aparelho digestivo opera e acompanha a recuperação, no hospital e depois da alta. O oncologista clínico cuida da quimioterapia; o radio-oncologista, da radioterapia. Antes da operação e nos meses seguintes, é a estomaterapeuta quem marca o lugar da colostomia na sua pele e quem depois ensina a usar a bolsa em casa. A Figura 12.1 junta esses papéis.

Quem cuida de quê

- | | |
|--|--|
| 1 Cirurgião do aparelho digestivo
Opera e acompanha a recuperação, no hospital e depois da alta. | 2 Oncologista clínico
A quimioterapia. |
| 3 Radio-oncologista
A radioterapia. | 4 Estomaterapeuta
Profissional de enfermagem: marca o lugar da colostomia e ensina a usar a bolsa. |

Elaborado pelo autor.

Figura 12.1. Quem é quem na amputação abdominoperineal por câncer do reto. A composição da equipe muda de um hospital para outro.

Elaborado pelo autor

12.2 O que perguntar e o que ler depois

Leve as perguntas por escrito à consulta. Anote as respostas. A Tabela 12.2 liga cada situação ao guia da série que trata dela, do mapa do tratamento à vida com o estoma.

Tabela 12.2 — Se você está aqui, leia este guia

Se você está aqui	Leia este guia	Endereço no site
Quer o caminho inteiro do câncer de cólon e reto, do diagnóstico ao acompanhamento	Câncer de cólon e reto: o mapa do tratamento	/ebooks/cancer-de-colon-e-reto-mapa-do-tratamento
Tem câncer de reto e quer ler o caminho inteiro, da operação à vida depois	Câncer de reto	/ebooks/cancer-reto
O tumor está perto do ânus, mas ainda há distância até o músculo	Câncer do reto baixo: o abaixamento	/ebooks/cancer-de-reto-baixo-abaixamento
Vai fazer quimioterapia ou radioterapia antes da operação	Químio e radio antes ou depois da cirurgia	/ebooks/quimio-e-radio-na-cirurgia
Vai viver com a colostomia e quer saber da bolsa, da comida e dos direitos	Vou fazer um estoma	/ebooks/vou-fazer-um-estoma
Quer saber como funciona a plataforma robótica	Cirurgia robótica do aparelho digestivo	/ebooks/cirurgia-robotica
Tem casos de câncer de intestino na família	Câncer de intestino na família	/ebooks/cancer-de-intestino-na-familia

Fonte: guias da série publicados até a data deste guia.

Pergunte ao seu médico

- Quem é a minha referência na equipe, e como falo com ela?
- Quando começo a aprender a cuidar da bolsa?

A colostomia definitiva pede aprendizado, e a equipe acompanha você nesse caminho.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Abaixamento

A operação que retira o reto com o tumor e desce o cólon até junto do ânus, onde ele é emendado. O esfíncter fica.

Amputação abdominoperineal

A operação que retira juntos o reto, o ânus e o esfíncter, por dois caminhos: pela barriga e pelo períneo. Termina com uma colostomia definitiva.

Amputação extraelevadora

A forma da amputação em que o corte por baixo passa por fora do músculo elevador do ânus, parte do assoalho da bacia, e o leva junto com o reto.

Assoalho da bacia

Os músculos que fecham a bacia por baixo.

Canal anal

O trecho final do intestino, abaixo do reto, que termina no ânus. O esfíncter fica em volta dele.

CEA

Substância medida no sangue que pode subir no câncer de cólon e reto. Serve de comparação ao longo do acompanhamento e, sozinha, não decide se há câncer.

Colonoscopia

Exame que percorre o intestino grosso por dentro com uma câmera fina.

Colostomia

Estoma feito com o cólon. Na amputação abdominoperineal, ele é definitivo.

Ensaio por sorteio

Estudo em que as pessoas são sorteadas entre dois ou mais tratamentos, para que a escolha não dependa de quem trata. Os médicos o chamam de ensaio randomizado.

Esfíncter

O anel de músculo em volta do canal anal que segura as fezes e os gases. São dois músculos: um trabalha sem você mandar, e o outro obedece à vontade.

Estágio

O resumo de até onde a doença chegou, de I a IV, conforme a profundidade do tumor, os gânglios e a doença distante.

Estoma

Saída do intestino feita na pele da barriga, por onde as fezes passam para uma bolsa colada. Pode ser temporário ou definitivo.

Estomaterapeuta

Profissional de enfermagem que cuida do estoma: marca o lugar da bolsa antes da operação e ensina os cuidados.

Excisão total do mesorreto

A retirada do reto com toda a gordura em volta, num bloco fechado pela película. A sigla é TME.

Gânglio

Pequeno filtro do sistema de defesa. É por eles que a doença costuma se espalhar primeiro.

Hérnia do períneo

Volume que aparece no períneo quando o conteúdo da barriga empurra a cicatriz de baixo.

Hérnia junto à colostomia

Volume que aparece ao lado da colostomia quando o conteúdo da barriga empurra a parede em volta dela.

Ileostomia

Estoma feito com o fim do intestino delgado. A saída é líquida ou pastosa.

Irrigação da colostomia

Lavagem do intestino com água, pela própria colostomia, em horário regular. Serve a parte de quem tem colostomia definitiva no lado esquerdo do cólon, com orientação da estomaterapeuta.

Mediana

O valor do meio de um grupo: metade das pessoas ficou acima dele, metade abaixo.

Mesorreto

A camada de gordura em volta do reto, com os vasos e os gânglios dele, fechada por uma película fina.

Metanálise

O estudo que soma os resultados de vários outros sobre a mesma pergunta.

Oncologista clínico

O médico que indica e acompanha a quimioterapia.

Períneo

A região entre as pernas onde fica o ânus.

Placa adesiva

A parte do equipamento que cola na pele, com um furo do tamanho do estoma; a bolsa fica presa a ela.

Quimioterapia

Tratamento com remédios que circulam pelo corpo inteiro e atacam células que se dividem depressa, entre elas as do tumor.

Radio-oncologista

O médico que indica e acompanha a radioterapia.

Radioterapia

Tratamento com radiação dirigida à bacia, em sessões, que encolhe o tumor e reduz a chance de ele voltar no mesmo lugar.

Resposta completa

Quando, depois do tratamento, os exames não encontram mais o tumor.

Ressonância

Exame de imagem que mostra em detalhe a parede do reto e o que há em volta dela.

Retalho

Pedaço de músculo, com a pele por cima, trazido de perto com a sua circulação para fechar o espaço deixado no períneo.

Retenção de urina

Dificuldade de esvaziar a bexiga depois da retirada da sonda, que pode pedir a sonda de novo.

Reto

O trecho final do intestino grosso, dentro da bacia, onde as fezes ficam guardadas até a hora de sair.

Sigmoide

O trecho em curva do intestino grosso, do lado esquerdo, logo antes do reto.

Tela biológica

Tela feita de pele de porco tratada, costurada no fundo da bacia para fechar o espaço deixado no períneo.

Tomografia

Exame de imagem que mostra o corpo em cortes.

Toque retal

O exame em que o médico, de luva, sente o tumor com o dedo pelo ânus.

Via convencional

Acesso à barriga por uma incisão mais longa.

Via laparoscópica

Acesso por pequenas incisões, com uma câmera e instrumentos longos.

Via robótica

Acesso por pequenas incisões em que o cirurgião comanda, de um console, braços articulados que reproduzem os seus movimentos. É uma técnica de acesso.

Vigiar de perto

Acompanhar com consultas e exames frequentes, sem operar, em parte de quem teve resposta completa, em centros com protocolo.

Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor-data e remetem a esta lista.

- BATTERSBY, N. J. et al. Prospective Validation of a Low Rectal Cancer Magnetic Resonance Imaging Staging System and Development of a Local Recurrence Risk Stratification Model: The MERCURY II Study. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 263, n. 4, p. 751-60, 2016. DOI: 10.1097/SLA.0000000000001193. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001193>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 25822672.
- BRANDSMA, H. T. et al. Prophylactic Mesh Placement During Formation of an End-colostomy: Long-term Randomized Controlled Trial on Effectiveness and Safety. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 278, n. 3, p. e440-e446, 2023. DOI: 10.1097/SLA.0000000000005801. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005801>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 36727747.
- GARCIA-AGUILAR, J. et al. Organ Preservation in Patients With Rectal Adenocarcinoma Treated With Total Neoadjuvant Therapy. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 40, n. 23, p. 2546-2556, 2022. DOI: 10.1200/JCO.22.00032. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.22.00032>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 35483010.
- HEALD, R. J.; RYALL, R. D. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. **Lancet**, [S. l.], v. 1, n. 8496, p. 1479-82, 1986. DOI: 10.1016/s0140-6736(86)91510-2. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(86\)91510-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(86)91510-2). Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 2425199.
- HSU, M. Y. et al. Preoperative Stoma Site Marking Decreases Stoma and Peristomal Complications: A Meta-analysis. **Journal of wound, ostomy, and continence nursing**, [S. l.], v. 47, n. 3, p. 249-256, 2020. DOI: 10.1097/WON.0000000000000634. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000634>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 32118803.
- JAYNE, D. et al. Effect of Robotic-Assisted vs Conventional Laparoscopic Surgery on Risk of Conversion to Open Laparotomy Among Patients Undergoing Resection for Rectal Cancer: The ROLARR Randomized Clinical Trial. **JAMA**, [S. l.], v. 318, n. 16, p. 1569-1580, 2017. DOI: 10.1001/jama.2017.7219. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.7219>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 29067426.
- KÁVÁSI, S. B. et al. Extralevator Abdominoperineal Excision Improves Overall Survival Compared to Standard Abdominoperineal Excision: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Annals of gastroenterological surgery**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 1066-1076, 2026. DOI: 10.1002/ags3.70182. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ags3.70182>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 42395128.
- KENT, D. J.; ARNOLD LONG, M.; BAUER, C. Revisiting colostomy irrigation: a viable option for persons with permanent descending and sigmoid colostomies. **Journal of wound, ostomy, and continence nursing**, [S. l.], v. 42, n. 2, p. 162-4, 2015. DOI: 10.1097/WON.0000000000000122. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000122>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 25734459.
- LANGE, M. M. et al. Risk factors for sexual dysfunction after rectal cancer treatment. **European journal of cancer**, [S. l.], v. 45, n. 9, p. 1578-88, 2009. DOI: 10.1016/j.ejca.2008.12.014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.12.014>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 19147343.
- LANGE, M. M. et al. Urinary dysfunction after rectal cancer treatment is mainly caused by surgery. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 95, n. 8, p. 1020-8, 2008. DOI: 10.1002/bjs.6126. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bjs.6126>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 18563786.

- LEE, T. H. et al. Lower Incidence of Postoperative Urinary Retention in Robotic Total Mesorectal Excision for Low Rectal Cancer Compared with Laparoscopic Surgery. **Digestive surgery**, [S. l.], v. 39, n. 2-3, p. 75-82, 2022. DOI: 10.1159/000522229. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000522229>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 35130545.
- MEYERHARDT, J. A. et al. Follow-up care, surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 31, n. 35, p. 4465-70, 2013. DOI: 10.1200/JCO.2013.50.7442. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.50.7442>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 24220554.
- MUSTERS, G. D. et al. Biological Mesh Closure of the Pelvic Floor After Extralevator Abdominoperineal Resection for Rectal Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial (the BIOPEX-study). **Annals of surgery**, [S. l.], v. 265, n. 6, p. 1074-1081, 2017. DOI: 10.1097/SLA.0000000000002020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002020>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 27768621.
- PACHLER, J.; WILLE-JØRGENSEN, P. Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 12, n. 12, p. CD004323, 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD004323.pub4. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004323.pub4>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 23235607.
- SUTTON, E. et al. Risk factors for superficial surgical site infection after elective rectal cancer resection: a multivariate analysis of 8880 patients from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program database. **The Journal of surgical research**, [S. l.], v. 207, p. 205-214, 2017. DOI: 10.1016/j.jss.2016.08.082. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2016.08.082>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 27979478.
- TAPLITZ, R. A. et al. Outpatient Management of Fever and Neutropenia in Adults Treated for Malignancy: American Society of Clinical Oncology and Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline Update. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 36, n. 14, p. 1443-1453, 2018. DOI: 10.1200/JCO.2017.77.6211. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.6211>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 29461916.
- YANG, X. Y. et al. Primary vs myocutaneous flap closure of perineal defects following abdominoperineal resection for colorectal disease: a systematic review and meta-analysis. **Colorectal disease**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 138-155, 2019. DOI: 10.1111/codi.14471. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/codi.14471>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 30428157.
- YOKOYAMA, B. Y. et al. Minimally invasive versus open abdominoperineal resection and the risk of postoperative perineal hernia: a systematic review and meta-analysis. **Hernia**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 345, 2026. DOI: 10.1007/s10029-026-03841-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-026-03841-1>. Acesso em: 28 out. 2026. PMID: 42714662.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

Dr. Mateus Antunes Nogueira · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo (RQE 46345) · médico do esporte e nutrólogo (pós-graduado)

Dr. Mateus Antunes Nogueira · Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345.

Sou médico. Fiz residência em cirurgia geral e depois em cirurgia do aparelho digestivo. Atendo em consultório em São Paulo e opero em hospitais da cidade. Trato de doenças do esôfago, do estômago, do intestino, do fígado, da vesícula, do pâncreas e da parede do abdome.

Escrevo esta série por um motivo prático. Na consulta, o tempo é curto e a cabeça de quem acabou de receber um diagnóstico está cheia. Muita coisa importante se perde no caminho entre o consultório e a casa. Um texto que pode ser lido com calma, e relido antes de decidir, costuma valer mais do que qualquer folheto de sala de espera. Aqui está o que eu explicaria a você se tivéssemos uma hora livre, sem telefone tocando.

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no livro, a base das informações e as condições de uso do material.

Figuras e ilustrações

Item	Assunto	Arquivo	Origem e licença
Figura 2.1	A amputação abdominoperineal, em vista de frente, com o lado direito do corpo à esquerda de quem olha. À esquerda, o tumor na parte mais baixa do reto, junto ao esfíncter; à direita, depois da operação, o reto e o ânus saíram, e a ponta do cólon foi levada à parede da barriga, representada pelo disco claro, onde fica a colostomia definitiva. As proporções não são reais.	Figura_7.2_amputacao-abdominoperineal.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 3.1	O caminho no tempo, na ordem do texto: o tratamento antes, conforme a ressonância; a operação, pela barriga e pelo períneo; a cicatrização da ferida do períneo; e a vida com a bolsa. O número da ferida é o do fechamento direto, num ensaio com pessoas operadas pela forma extraelevadora depois de radioterapia. Vigiar no lugar de operar vale só para parte de quem responde por completo, em centros com protocolo. Quem marca as datas é a equipe.	Figura_3.1_o-caminho-no-tempo.png	Elaborado pelo autor a partir de (BATTERSBY et al., 2016), (GARCIA-AGUILAR et al., 2022), (MUSTERS et al., 2017) e (HSU et al., 2020)
Figura 4.1	O intestino grosso visto de frente: à esquerda, o tumor no fim do reto e, em dourado, o trecho que sai na operação; à direita, sem esse trecho, o cólon termina na colostomia, à direita de quem olha.	v031_o-que-sai-e-a-colostomia_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Gráfico 5.1	A ferida do períneo em cada 100 pessoas, conforme o jeito de fechar, num ensaio por sorteio com 104 pessoas operadas pela forma extraelevadora depois de radioterapia. A hérnia em um ano é um achado secundário, que pede mais tempo de acompanhamento.	Grafico_5.1_a-ferida-do-perineo.png	Elaborado pelo autor a partir de (MUSTERS et al., 2017)
Gráfico 7.1	Quatro riscos, em cada 100 pessoas, cada um no grupo em que foi medido: a infecção superficial do corte, a retenção de urina, a ferida do períneo com complicação em 30 dias, com o fechamento direto, num ensaio com pessoas operadas pela forma extraelevadora depois de radioterapia, e a hérnia junto à colostomia em cinco anos, sem tela. A sua estimativa sai da consulta.	Grafico_7.1_os-riscos.png	Elaborado pelo autor a partir de (SUTTON et al., 2017), (LEE et al., 2022), (MUSTERS et al., 2017) e (BRANDSMA et al., 2023)
Gráfico 8.1	Queixas da bexiga e da vida sexual depois do tratamento, em cada 100 pessoas que responderam aos questionários de duas análises de pessoas sorteadas entre a TME com e sem radioterapia antes.	Grafico_9.3_bexiga-e-vida-sexual.png	Elaborado pelo autor a partir de (LANGE et al., 2008) e (LANGE et al., 2009)

Figura 9.1	Na consulta, a enfermeira estomaterapeuta mostra a bolsa de colostomia; sobre a mesa, outras bolsas e as placas adesivas.	v031_consulta-com-a-estomaterapeuta_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 9.2	O que a marcação do local procura, item por item. A marca é feita na pele antes da operação e serve de guia para o cirurgião.	Figura_9.2_o-que-a-marcacao-procura.png	Elaborado pelo autor
Figura 9.3	A troca da bolsa em seis passos. A sequência ensinada pela sua estomaterapeuta prevalece sobre este resumo.	Figura_9.3_a-troca-da-bolsa.png	Elaborado pelo autor
Figura 10.1	O calendário do acompanhamento nos cinco anos depois da cirurgia que retirou toda a doença, numa diretriz adotada pela sociedade americana de oncologia. Conforme o risco de cada pessoa, a equipe define o ritmo.	Figura_10.1_o-calendario-do-acompanhamento.png	Elaborado pelo autor a partir de (MEYERHARDT et al., 2013)
Figura 11.1	O primeiro nível dos sinais de alerta, o que pede pronto-socorro ou o 192, durante o tratamento e depois da operação. Vale o que você combinou com a sua equipe; a lista orienta.	Figura_11.1_emergencia-agora.png	Elaborado pelo autor
Figura 11.2	O segundo e o terceiro níveis: a conversa com a equipe no mesmo dia e o que anotar para a próxima consulta.	Figura_11.2_no-mesmo-dia-e-na-consulta.png	Elaborado pelo autor
Figura 12.1	Quem é quem na amputação abdominoperineal por câncer do reto. A composição da equipe muda de um hospital para outro.	Figura_12.1_quem-cuida-de-que.png	Elaborado pelo autor

Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023.

Conflitos de interesse

O autor não recebeu patrocínio nem contrapartida de fabricantes de equipamentos ou de medicamentos citados nesta obra. Quem indica tratamento é a equipe de cada pessoa, e nenhum remédio aparece aqui por nome comercial, por dose ou como indicação ao leitor. As ilustrações são didáticas; algumas foram produzidas pelo autor com auxílio de inteligência artificial. Nenhuma representa pessoa real, e não há foto de paciente nem de operação.

Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Dr. Mateus Antunes Nogueira · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo (RQE 46345) ·
médico do esporte e nutrólogo (pós-graduado)

Colofão. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.